Zwei Geburten

complicirt mit

Grossen Eierstockgeschwülsten.

Inaugural-Abhandlung

zur Erlangung

der

Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

unter dem Præsidium

von

Dr. **Johann Säxinger,**

o. ö. Professor der Geburtshülfe und Vorstand der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik zu Tübingen,

vorgelegt von

Robert Herdegen

aus Stuttgart.

Tübingen, 1876.

Druck von Heinrich Laupp.

Bei meinem Abgang von der Universität fühle ich mich gedrungen, allen meinen verehrten Lehrern, besonders Herrn Professor Säxinger für das stets mir bewiesene Wohlwollen meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Tübingen, Februar 1876.

Der Verfasser.

Unter den Geschwülsten im Becken, welche die Geburt compliciren und zu einer pathologischen machen, nehmen was Häufigkeit des Vorkommens und Gefährlichkeit der Complication anbelangt, die Geschwülste der Eierstöcke die erste Stelle ein. Es kann desshalb nicht Wunder nehmen, wenn wir in der Literatur verschiedene diesen Gegenstand betreffende Specialabhandlungen vorfinden, welche an der Hand zahlreicher Fälle die Bedeutung dieser Tumoren für Conception, Gravidität und Geburt in Betracht ziehen und versuchen für die Therapie feste Grundsätze zu begründen. Trotz der grossen Casuistik, trotz der sorgfältigen und eingehenden Betrachtung dieser Geschwülste bezüglich der durch sie während der Schwangerschaft und Geburt erzeugten Beschwerden und Gefahren ist es heutzutage noch nicht gelungen, allgemein gültige Grundsätze für die Behandlung dieser schweren Schwangerschafts- und Geburts-Complication aufzustellen. Ein Blick in die diesem Gegenstande gewidmeten Monographieen und in die Lehrbücher der Geburtshülfe genügt, um sich von der Richtigkeit dieser Behauptung zu überzeugen. Einzelne Autoren bestreiten die Nothwendigkeit eines chirurgischen Eingreifens während der Schwangerschaft und schränken solches auch während der Geburt auf einzelne

seltene Fälle ein, gestützt auf vielfache Erfahrung, dass Schwangerschaft und Eierstockgeschwülste neben einander häufig ohne besondere Schwierigkeiten einhergehen und nur in einer geringen Zahl von Fällen ernste Störungen verursachen. Andere Praktiker befürworten die frühzeitige Einleitung der künstlichen Frühgeburt, um die Ruptur der Cyste sowie die Gangrän derselben, welche in Folge des Druckes des wachsenden Uterus zu Stande komme, abzuhalten. Die Gangrän der Cyste in Folge der Rotation des Stieles scheint thatsächlich nach statistischen Zusammenstellungen während der Schwangerschaft häufiger als ausserhalb derselben vorzukommen. Andere Praktiker ziehen die Punction der Cyste während der Schwangerschaft der künstlichen Frühgeburt vor, indem man auf diese Weise die Gefahr der Ruptur oder Gangrän der Cyste hintanhält, ohne das Kind zu opfern.

Endlich sind die Anschauungen darüber noch weit auseinandergehend, ob nach den neuesten Erfahrungen über die Erfolge der Ovariotomie diese Operation bei gleichzeitigem Vorhandensein von Schwangerschaft gerechtfertigt und in welchen Fällen sie indicirt erscheint; wann dieselbe ausgeführt werden soll, ob schon in den ersten Monaten der Schwangerschaft oder erst während der Geburt, wenn das Geburtshinderniss auf keine andere Weise zu beseitigen ist. Diese Fragen sind für die Behandlung von grosser Wichtigkeit und es wäre ein grosser Fortschritt in diesem Kapitel, wenn es gelänge, durch sorgfältige Betrachtung zahlreicher Fälle, welche entweder gar nicht operativ, oder durch verschiedene operative Eingriffe behandelt wurden, allgemeine Grundsätze wenigstens für die weitaus grösste

Zahl dieser Schwangerschafts- und Geburtscomplication aufzustellen.

Ein Blick in die reiche Casuistik genügt, um einzusehen, dass in nicht seltenen Fällen die Zufälle während der Schwangerschaft und Geburt, das Vorhandensein anderer Complicationen ausser der der Schwangerschaft mit Ovariumgeschwülsten den einzelnen Fall so eigenthümlich gestalten, dass es geradezu unmöglich ist, für alle Fälle dieser häufigen Geburtscomplication allgemein gültige Grundsätze der Therapie festzuhalten. Der berühmte Ovariotomist Spencer Wells beleuchtet an der Hand sorgfältig beobachteter Fälle die einzelnen aufgeworfenen Fragen in seinem Werke über die Krankheiten der Ovarien (Deutsch von Grenser, Leipzig 1874) und kommt zu folgenden Schlüssen:

»Schwangerschaft und Erkrankung des Eierstockes können neben einander bestehen und mit der Geburt eines lebenden Kindes sowie ohne Gefährdung der Mutter endigen. In einer grossen Anzahl sämmtlicher Fälle, muthmasslich bei fast allen grossen Eierstockstumoren droht die Gefahr des Abortus, oder wenn die Schwangerschaft das normale Ende erreicht, steht eine verzögerte Geburt und ein todtgeborenes Kind zu erwarten; in den letzen Monaten liegt ausserdem die Gefahr eines plötzlichen Todes der Mutter wegen Ruptur der Cyste oder Rotation des Stieles nahe. Eine spontane Frühgeburt wird die Mutter unter Umständen nicht vor diesen Gefahren schützen und die künstliche Einleitung der Frühgeburt schliesst fast sicher die Opferung des Kindes in sich, neben beträchtlicher Gefahr für die Mutter. Es liegt kein Beweis vor, dass Punction

einer Ovariencyste während der Schwangerschaft gefährlicher sei, als zu einer anderen Zeit; handelt es sich um eine grosse einfächrige Cyste, so wird der Ausdehnung mit sehr geringer Gefährdung der Mutter sofort abgeholfen, und die Schwangerschaft kann zur rechten Zeit mit Geburt eines lebenden Kindes zu Ende gehen, wenn man Vorkehrungen trifft, den Austritt ovarialer Flüssigkeit in die Bauchhöhle, sowie den Eintritt von Luft in dieselbe und in die Höhle der Cyste zu verhindern. Bei multiloculären Cysten kann die Punction nur geringen Nutzen bringen. In Fällen von multiloculären Cysten oder von festen Tumoren sollte es zur Regel gemacht werden, die Geschwulst in einer frühen Zeit der Schwangerschaft zu entfernen; sollte eine Eierstockcyste zu irgend einer Periode der Schwangerschaft bersten, so kann Entfernung der Cyste und vollständige Reinigung der Bauchhöhle das Leben der Mutter retten und die Schwangerschaft ihr normales Ende erreichen. Unter drei Fällen, wo der schwangere Uterus während der Ovariotomie punctirt wurde, trat nur einmal und zwar in dem Falle Genesung ein, wo der Uterus vor Vollendung der Operation entleert wurde.«

Spencer Wells ist nach diesen Schlüssen der Anschauung, dass in einer Anzahl von Fällen Schwangerschaft und Geburt gleichzeitig mit Ovarialtumoren ohne Einschreiten der Natur überlassen werden kann und dass bei einfächriger grosser Cyste, welche wegen ihrer Ausdehnung ein Einschreiten nothwendig macht, während der Schwangerschaft die Punction das rationellste sei. Bei multiloculären Cysten oder bei festen Tumoren der Eierstöcke sollte ferner regelmässig in einer

frühen Zeit der Schwangerschaft die Ovariotomie gemacht werden. Die künstliche Einleitung der Frühgeburt sei zu verwerfen, wegen des fast stets eintretenden Todes des Kindes und der grossen Gefährdung der Mutter. Diese letztere Behauptung wird durch viele beobachtete Fälle widerlegt, wo in den letzen Wochen der Schwangerschaft wegen hochgradiger Beschwerden in Folge der ungewöhnlich starken Ausdehnung des Bauches oder wegen Erstickungsanfällen die künstliche Frühgeburt mit gutem Erfolge für Mutter und Kind eingeleitet wurde. Endlich ist auf Grund ebenfalls nicht seltener Beobachtungen sichergestellt, dass die Punction der Cyste, trotz sorgfältiger Vermeidung aller dabei möglichen üblen Zwischenfälle, zur Peritonitis und zum Tode der Frau und des Kindes führt, während die künstliche Frühgeburt doch viel seltener den Tod beider nach sich zieht. Nach der Erfahrung und Anschauung des Herrn Prof. Säxinger hat die Einleitung der künstlichen Frühgeburt in einzelnen Fällen volle Berechtigung, wenn alle Bedingungen vorhanden sind, welche einen für Mutter und Kind günstigen Erfolg hoffen lassen. Zu diesen günstigen Bedingungen rechnet Herr Professor Säxinger: erstens eine nicht übermässig grosse Cyste, welche eine günstige Einstellung der Frucht noch ermöglicht, ein weites geräumiges Becken, sowie einen hinreichend guten Kräftezustand der Frau, welcher erwarten lässt, dass sie ohne Schädigung den leichten operativen Eingriff erträgt. Ist die Frau ausserdem eine Mehrgebährende, wo in den letzten Wochen der Schwangerschaft auch der innere Muttermund offen und durchgängig ist, und man sich von der günstigen Ein-

stellung der Frucht leicht überzeugen kann, so ist bei dem Umstande, dass bei Mehrgeschwängerten erfahrungsgemäss viel leichter und rascher die Frühgeburt durch das Einlegen eines Katheter oder die Punction der Fruchtblase herbeigeführt werden kann, wohl kein Gegengrund vorhanden, welcher gegen die Einleitung derselben sprechen könnte. Bei engem Becken, abnormer Lage des Uterus, schlechter nicht rectificirbarer Fruchtlage, hochgradiger Ausdehnung des Bauches, Erstgeschwängertsein und früher Zeit des Schwangerschaft ist die Einleitung der künstlichen Frühgeburt nicht gerechtfertigt, da hier die Umstände einen günstigen Erfolg für Mutter und Kind nicht hoffen lassen. In diesen Fällen wird bei einfächriger Cyste die Punction allein indicirt erscheinen. In Fällen von multiloculären Cysten oder von festen Tumoren wird die Ovariotomie berechtigt erscheinen, wenn die Geschwülste schon in der ersten Zeit der Schwangerschaft durch ihre Grösse, Lage, Fixation, rasches Wachsthum eine für Mutter und Kind hochgradig gefährliche Complication der Geburt mit annähernder Gewissheit prognosticiren lassen. Während der Geburt wird durch die Punction der Cyste, die Reposition derselben, in verzweifelten Fällen bei lebendem und lebensfähigem Kinde durch den Kaiserschnitt, bei todtem und nicht lebensfähigem durch die Zerstücklung der Frucht die Schwierigkeit gehoben werden können.

Die Grundsätze, nach welchen Herr Prof. Säxinger die Complication der Schwangerschaft und Geburt mit Ovarialcysten und anderweitigen Tumoren behandelt, lassen sich demnach in folgendem genau formuliren.

In vielen Fällen ist ein operatives Einschreiten des Arztes sowohl während der Schwangerschaft als während der Geburt unnöthig, da beide ohne Störung und Nachtheile sowohl für die Mutter als für das Kind verlaufen. Muss wegen grosser Ausdehnung einer einfächrigen Cyste in früher Zeit der Schwangerschaft operativ eingeschritten werden, wo das Kind noch nicht lebensfähig ist, so ist die Punction im Interesse des Kindes indicirt, da nach derselben die Schwangerschaft, wie viele Fälle lehren, ungestört verlaufen und ein lebensfähiges Kind am Ende derselben geboren werden kann. Tritt die Nothwendigkeit des operativen Einschreitens erst in der Zeit der Schwangerschaft auf, wo das Kind schon lebensfähig ist, so ist bei den früher angeführten günstigen Bedingungen im Interesse der Mutter und des Kindes die Einleitung der künstlichen Frühgeburt indicirt, da dieselbe keineswegs, wie die eigene Erfahrung des Herrn Professor Säxinger, sowie die anderer Praktiker lehrt, so gefährlich für Mutter und Kind ist, wie Spencer Wells sie hinstellt. Sind die Bedingungen für Einleitung der Frühgeburt jedoch nicht günstig, dann wird die Punction einer einfächrigen Cyste und unter Umständen selbst die Ovariotomie bei festen Tumoren und multiloculären Cysten nothwendig.

Während der Geburt ist je nach der Beschaffenheit der Cyste oder des Tumors, je nach seiner Grösse, Lage, Fixation, der dadurch hervorgerufenen Beschwerden und mechanischen Geburtshinderung, je nach Beschaffenheit und Entwicklung des lebenden, lebensfähigen oder todten Kindes die Punction, Reposition der Cyste, der

Kaiserschnitt mit oder ohne gleichzeitige Ovariotomie sowie die Zerstücklung der Frucht gerechtfertigt.

Bei Ruptur der Cyste, sowie Gangrän derselben während der Schwangerschaft wird nach den neuesten Erfahrungen die Eröffnung der Bauchhöhle und sorgfältige Reinigung derselben mit Entfernung der Geschwulst das rationellste Vorgehen sein, da, wie Fälle lehren, die Schwangerschaft hiedurch nicht unterbrochen wird. Schwierig ist es, um der Ruptur der Cyste und der Gangrän derselben durch Rotation ihres Stieles vorzubeugen, im speciellen Falle die berechtigte Indication zur Ovariotomie während der Schwangerschaft aufzustellen, da beide üble Zufälle weder durch das Ergebniss der äusseren und inneren Untersuchung, noch durch etwaige besondere Eigenthümlichkeiten der Cyste noch durch längere Beobachtung des Falles auch nicht einmal annähernd sicher prognosticirt werden können.

Bei festen Tumoren oder multiloculären Cysten, welche im kleinen Becken unbeweglich fixirt sind und welche am Ende der Schwangerschaft wegen bedeutender Beengung des Beckenraumes die Geburt für Mutter und Kind hochgradig gefährlich machen, findet auch die Einleitung des künstlichen Abortus volle Berechtigung, welchen die Natur erfahrungsgemäss bei allen grösseren Geschwülsten im Becken und Bauche so häufig zum Glück der Frau selbst herbeiführt.

Diese Grundsätze, genügen, um die weitaus grösste Zahl dieser Fälle rationell zu behandeln, immer aber kann der specielle Fall so eigenthümlich ausgebildet sein, dass er nach anderen als den oben aufgestellten Grundsätzen behandelt werden muss.

Die Frage, was die Schwangerschaft selbst für einen Einfluss auf derlei Geschwülste ausübt, muss als eine noch offene bezeichnet werden. Sowohl die Behauptung einzelner Autoren, dass diese Geschwülste während der Schwangerschaft stärker wachsen, als die Behauptung von Wernich, dass in einzelnen Fällen durch die Schwangerschaft der Uebergang der Tumoren in maligne Formen veranlasst werde, müssen durch weitere sorgfältig beobachtete Fälle erhärtet werden. Hingegen scheint es fast sicher zu sein, dass durch die Schwangerschaft leicht partielle Peritonitiden mit Bildung von Adhäsionen, nebst Entzündung der Innenfläche mit Eiterung, ausser der Ruptur und Achsendrehung des Stieles, entstehen. — Was die Gefährlichkeit der Complication von Schwangerschaft Geburt und Wochenbett mit Eierstockgeschwülsten anbelangt, so geht die allgemeine Erfahrung dahin, dass diese Complication zu den gefährlichsten für Mutter und Kind gehört. Nach Litzmann endeten 56 Geburten: 24 für die Mütter lethal und von 42 Kindern wurden nur 7 lebend geboren. Nicht viel bessere Resultate weist eine von M. Hirsch geschriebene Dissertation (Berlin 1854) nach, der eine Uebersicht von 75 derart complicirten Fällen gab und ausserdem hervorhebt, dass gar nicht selten eine bis dahin indolente Eierstockgeschwulst durch die Schwangerschaft eine neuerliche Schwellung und Umfangszunahme erleidet und die Häufigkeit der Aborte nachwies.

Jetter hat in seiner unter dem Präsidium des Professor Breit im Jahre 1861 in Tübingen erschienenen sorgfältig gearbeiteten Dissertation »Ueber den

Einfluss der Eierstockgeschwülste auf Conception, Schwangerschaft Geburt und Wochenbett« folgende Statistik zusammengestellt.

Zahl der Geburten	179
Normal	70
Reposition des Tumors . . .	23
Punction, Incision	17
Zange	13
Wendung, Extraction . .	15
Perforation	24
Kaiserschnitt	3
Ruptur des Uterus	3
Ruptur der Cyste	8
Unentbunden starben . . .	3

Er gibt ferner an:

Reposition: Von den 23 Müttern kamen 19 davon, 3 starben, 1 ungewiss. Kinder lebten 13, starben 5, ungewiss 5.

Punction u. Incision: 11 Mütter kamen davon, 5 starben, 1 ungewiss. Kinder lebten 4, starben 11, ungewiss 2.

Zange: Mütter kamen davon 7, es starben 6. Kinder lebten 5, starben 6, ungewiss 2.

Wendung und Extraction: 7 Mütter gesund, 8 starben. 11 Kinder starben, 1 lebte, 3 ungewiss.

Perforation: 14 Mütter lebend, 10 starben.

Kaiserschnitt: 2 mal an der Lebenden, beide starben, 1 mal an der Todten.

Rupturen des Uterus: Alle 3 starben.

Rupturen der Cyste während der Geburt: 5 Mütter starben, 3 kamen davon.

Die Dissertation von Jetter enthält 165 Fälle von Eierstockgeschwülsten complicirt mit Schwangerschaft. Eine unter dem Präsidium von Herrn Professor Säxinger im Jahre 1872 in Tübingen von Mühlberger verfasste Dissertation »Ueber Geschwülste im Becken und ihren Einfluss auf den Verlauf der Geburt« enthält die seit dem Erscheinen der Dissertation von Jetter 1861 bis 1872 in der Literatur niedergelegten Fälle von Eierstockgeschwülsten mit Schwangerschaft complicirt. Ich habe ausser den zwei in der Tübinger Klinik beobachteten Fällen, alle seit 1872 veröffentlich-Fälle ausgezogen, um das in den beiden früheren Dissertationen zusammengestellte statistische Material zu vervollständigen. Bevor ich die zwei Fälle aus der Tübinger Klinik beschreibe, will ich die andern Fälle im Auszug mittheilen.

Hein (Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie, herausgegeben von der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin I. Band, 1 Heft 1870 p. 95) beschreibt einen interessanten Fall von Eierstockcyste complicirt mit Schwangerschaft:

Eine 30jährige früher stets gesunde Frau litt während ihrer ersten Schwangerschaft an einer vom rechten Eierstock ausgehenden Ovariencyste, die allmählig solche Dimensionen annahm, dass wegen Lebensgefahr der Frau die Cyste und zwar vor Eintritt der Geburt, im Beginne des letzten Monates der Schwangerschaft punctirt werden musste. Die Punction wurde mittelst Troicart in der rechten Unterbauchgegend vorgenommen und 15 Pfund trübe colloide Flüssigkeit, wie solche bei Dermoidcysten vorkommt, entleert. Da aber schon nach

10 Tagen die Geschwulst wieder ihr früheres Volumen erreicht hatte, wurde 11 Tage nach der ersten Operation an der gleichen Stelle abermals punctirt und durch die Troicartcanüle ein elastischer Katheter in die Höhle der Geschwulst geführt, worauf die Canüle entfernt wurde, während durch den Katheter die Flüssigkeit allmählig abfloss. Am vierten Tage nach der zweiten Punction kam die Frau mit einem ganz gesunden lebenden Kinde nieder. Die Geburt dauerte circa 20 Stunden. Acht Tage nach der Operation wurde, da unterdessen die Oeffnung in der Cystenwand mit der Oeffnung in der Bauchwand verlöthet war, eine dicke Darmsaite eingelegt, neben welcher die Flüssigkeit permanent abfloss. Nach und nach stockte der Abfluss neben der Darmsaite und da der Umfang der Geschwulst wieder zunahm, so wurde erstere 4 Wochen nach ihrem Einlegen wieder entfernt und ein Drainageröhrchen eingelegt, durch welches stets bald reichlicher bald spärlicher Eiter abfloss. Patientin befand sich dabei wohl, war frei von Schmerzen, konnte umhergehen. Als 8 Wochen nach der Entbindung die erste Menstruation eintrat, entleerte sich, wie auch bei späteren Menstruationen durch das Drainageröhrchen eine nicht unbedeutende Menge dünnflüssigen bräunlichen Blutes, so lange als die Menses währten. Im Laufe der Jahre kam die Frau noch dreimal mit gesunden Kindern nieder. Immer liess sich die harte eiternde Geschwulst in der Grösse eines Hühnereies fühlen, ohne besondere Beschwerden zu verursachen. Später verlor Referent die Patientin aus den Augen. — Dies ist das wesentlichste der Krankengeschichte, an welcher H e i n zu beweisen versucht »dass sich für die

complicirten Ovariencysten die Behandlung durch einfache Punction mit nachfolgender Drainage empfehle« denn so hoch auch nach der neuesten Erfahrung der Werth der Ovariotomie zu taxiren sei, so könne man sich doch bei Durchsicht der Literatur nicht verhehlen, dass das Resultat derselben wesentlich von der Geschicklichkeit des Operateurs abhänge und dass die Operation eben nur in ganz bestimmten Fällen mit Aussicht auf Erfolg ausgeführt werden könne.

Wernich (Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie, herausgegeben von der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin, II. Band 2 Heft, 1873 p. 143) »Zur Prognose der Complication von Ovarialtumoren und Schwangerschaft.«

In dieser Arbeit weist Wernich darauf hin, dass noch andere Momente als die Ruptur in Folge des schnellen Wachsens, die Torsion und Strangulation des Stieles und die räumlichen Missverhältnisse bei der Geburt die Prognose der Eierstockgeschwülste trüben können, nemlich die Uebergänge in maligne Tumoren.

Als Beispiel hiefür citirt er folgenden mit Schwangerschaft complicirten Fall:

Es handelte sich um eine 20jährige Person, welche längere Zeit an Pleuritis behandelt wurde und bei welcher man im Abdomen einen prallelastischen Tumor fand, dessen Natur und Ausgangsort nicht mit Sicherheit festzustellen war. Er machte der Patientin gar keine Beschwerden, weder in der Zeit ihrer Krankheit noch später durch ein Jahr hindurch. Auch blieb er, was Grösse und Form anbelangt stationär. Sie concipirte, empfand erst im achten Monate der Schwanger-

schaft und zwar kurz vor der Geburt des nicht ausgetragenen Kindes heftige Schmerzen in der Geschwulst, welche sich später stetig mehrten. Die Frau wurde hochgradig marastisch, während gleichzeitig die Schmerzen im Tumor continuirlich zunahmen. Am Ende der dritten Woche des Puerperium starb die Kranke. Ein besonderes Wachsen der Geschwulst hatte in diesem Falle weder in der Schwangerschaft noch nachher stattgefunden. Die Geburt selbst wurde durch den Tumor nicht behindert.

Bei der Section fand man das rechte Ovarium in ein Medullarcarcinom verwandelt, welches nach aussen durch eine dicke bläulich-graue Kapsel abgeschlossen war; innerlich zeigte sich an einzelnen Stellen beginnende Verjauchung. Von dem normalen Gewebe des Ovariums war nichts mehr aufzufinden. Nur zeigten sich an der hinteren Fläche einige wallnussgrosse Cysten, mit einem glasigen zähflüssigen Inhalte gefüllt und auf der Innenwand mit papillären Wucherungen besetzt. An allen übrigen Stellen fand man mehrkernige vorwiegend cylindrische Zellen von sehr verschiedener Grösse und Form in einem feinfasrigen, zarten bindegewebigen Gerüste.

In solchen Fällen hält Wernich den Vorschlag des englischen Gynäkologen Wiltshire für zweckmässig, der dahin geht, bei Vorhandensein eines Tumors des Ovarium bei Schwangerschaft die Ovariotomie während der ersten Monate sofort vorzunehmen.

Ruge (Zeitschrift für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten. Herausgegeben von Martin u. Fassbender I. Band 1. Heft, 1875 p. 8.) »Zur Complication von Eier-

stockgeschwülsten mit Schwangerschaft« berichtet folgende drei Fälle:

Erster Fall: Die 34jährige Frau W. hatte bereits viermal leicht geboren und zwar zuletzt im Jahre 1872. Nach ihrer dritten Niederkunft 1869 hatte sich die Frau wegen auffallender Zunahme ihres Leibesumfanges in der Gynäkologischen Abtheilung der Charité aufnehmen lassen. Die Geschwulst war durch eine Ovarialcyste veranlasst worden, welche punctirt wurde. Die übrig bleibende Geschwulst von Kindskopfgrösse hat sich in der späteren Zeit und auch in den letzten zwei Schwangerschaften bis April 1873 nicht verändert. Die Geburt eines gesunden Kindes ging leicht von Statten; einige Wochen darauf wurde der Tumor immer noch unverändert gefunden.

Im zweiten Falle bemerkte die 36jährige Patientin während einer Schwangerschaft starke Abmagerung und schnelles Wachsthum des Unterleibes mit mässigen Schmerzen in demselben ohne aber besonderes Gewicht darauf zu legen. Im sechsten Monate der Schwangerschaft traten ohne Veranlassung Wehen ein, durch die bald eine entsprechende kleine, vorher noch nicht abgestorbene Frucht ausgestossen wurde. Gleich darauf folgte spontan die Nachgeburt. Sogleich nachher trat, ohne dass eine Blutung nach aussen statt gehabt hätte, hochgradiger Collaps ein. Die Palpation liess einen festen Tumor, der den Leib stark ausdehnte, fühlen. Der Uterus lag gut contrahirt nach links von dem erwähnten Tumor. Bald darauf trat der Tod ein. Bei der Section zeigte sich der Tumor als ein vom rechten Ovarium ausgegangenes Myxo-

sarcom, von vielen grossen Gefässen durchzogen, aber nirgends weder eine Einrissstelle noch ein ausgesprochenes Extravasat. Da sonst auch keine Blutung constatirt werden konnte, Herzfehler etc. auszuschliessen waren, so erschien die Annahme gerechtfertigt, dass die Patientin durch Shok zu Grunde gegangen sei.

Dritter Fall: Eine 39jährige, seit 9 Jahren verheirathete Frau wurde zum ersten Male im April 1873 schwanger; sie bemerkte bei rapider Zunahme des Leibesumfanges, dass sie auffallend mager wurde. Seit August traten Schmerzen im Leibe und besonders in der Lebergegend auf. In der rechten Brust hatte sich ein taubeneigrosser harter Tumor entwickelt, auch waren an einigen Stellen die Lymphdrüssen stark angeschwollen. Am 10. Sept. mass der Umfang des Leibes 111 Centimeter. Unter dem rechten Rippenrande ragte ein bis zur Mittellinie reichender Tumor hervor, der in die Leberdämpfung überging, ebenso fühlte man links einen in die Milzdämpfung übergehenden Tumor. Eine dritte Geschwulst fand sich endlich oberhalb der rechten Darmbeinschaufel. Am 21. Sept. trat Abortus ein, worauf sich Patientin erleichert fühlte. Am 27. collabirte die Kranke, die Geschwülste hatten einen grösseren Umfang erreicht. Am 2. Oktober erfolgte der Tod. Bei der Autopsie ergab sich, dass alle drei Tumoren der enorm vergrösserten Leber angehörten; dieses Organ war ganz durchsetzt von Knoten von weissem Ansehen und weicher Beschaffenheit. Die Milz war normal. Die etwa apfelgrossen Ovarien boten dasselbe Aussehen dar, wie die Leberknoten. Die mikroskopische Untersuchung constatirte Carcinom mit Metastasen in

verschiedene Organe. Von wo das Carcinom ausgegangen, war nicht sicher zu ersehen.

Die Schmidt'schen Jahrbücher der Gesammten Medicin Jahrgang 1876 Nro. 1. p. 41. referiren über folgenden von A. Baader beobachteten Fall von Ovarialcyste als Geburtshinderniss: Bei einer 32jährigen Erstgebärenden wurde nach sehr kräftigen vergeblichen Versuchen mit der Zange der Kopf perforirt, zerkleinert und schliesslich mit dem spitzen Hacken extrahirt. Mit einem plötzlichen Ruck glitt der Kopf aus den Genitalien, die Brust folgte nach starkem Ziehen. Die Placenta wurde manuell entfernt. Es trat Collapsus ein (Temp. 36°) und am 5 Tage erfolgte der Tod. Bei der Section fand man ein sehr weites, gut gebautes Becken. In der Höhle des kleinen Beckens bis in das grosse hinaufragend, lag eine kindskopfgrosse nirgends adhärente, langgestielte, bewegliche Dermoidcyste. Oben war sie geborsten; aus der Oeffnung quollen krause blonde Haare und käsige Schmiere. Neben der Risstelle befand sich ein wallnussgrosses Conglomerat von kleinen Cysten. Die benachbarten Darmschlingen waren geröthet. Weder Blut noch Exsudat fand sich in der Bauchhöhle. Uterus und Scheide zeigten keine grössere Verletzungen und war der Uterus hinten rechts gequetscht und mit Blut durchsetzt.

In der hiesigen geburtshülflichen Klinik kamen in den letzten Jahren 2 Geburtsfälle complicirt mit grossen Eierstockgeschwülsten vor. Den ersten Fall hat Herr Professor Säxinger mir gütigst zur Veröffentlichung überlassen, den zweiten hatte ich selbst Gelegenheit genau zu beobachten.

Erster Fall.

J. Z. Bauersfrau, 27 Jahre alt, aus Frommenhausen O.-A. Rottenburg. Aufgenommen in die Geburtshülfliche Klinik am 16. November 1872.

Patientin stammt aus gesunder Familie und will auch stets gesund gewesen sein. Im 15. Jahre trat die Periode ein und zwar seit dieser Zeit stets regelmäsig. Im 22. Jahre verheirathete sich Patientin und hat dreimal leicht lebende kräftige Kinder geboren, das letzte Mal vor 11½ Monaten. Seit ungefähr zwei Jahren verspürte die Patientin ohne bekannte Ursache einen Schmerz in der rechten Unterbauchgegend und will auch seit dieser Zeit ein allmähliges Wachsen des Bauches von rechts und unten nach oben beobachtet haben. Nach der Geburt des letzten Kindes blieb ein grosser Unterleib zurück, welchen Patientin jedoch nicht weiter beachtete, um so mehr als sie sich mit Ausnahme des oben erwähnten Schmerzes wohl fühlte und ihren häuslichen Geschäften nachgehen konnte. Ungefähr vor 9 Wochen will Patientin eine fieberhafte und schmerzhafte Unterleibskrankheit durchgemacht haben, welche der Arzt für Typhus erklärte und danach behandelte. Die Patientin hat 30 Wochen vor ihrer Aufnahme in die Klinik zum letzten Mal die Periode gehabt und glaubt schwanger zu sein, ohne dass sie dafür bestimmte Erscheinungen hätte anführen können. Da der Bauch immer rascher wuchs, die Schmerzen in demselben zunahmen und bedeutende Athemnoth nebst leichten Erstickungsanfällen sich einstellten, so wurde Patientin auf Anrathen des Herrn Professor Säxinger, welchen

sie in ihrer Heimath consultirt, am 16. November in die Klinik gebracht.

Bei der Aufnahme fand man eine kräftig genährte, gut gebaute, fieberlose, grosse Frau mit völlig normalem Becken, dessen äussere und innere Maasse über das gewöhnliche Mittelmaass hinausgingen. Die Untersuchung der Brustorgane ergab nichts abnormes. Der Bauch war enorm vergrössert, seine grösste Peripherie ungefähr 1 Zoll über dem Nabel betrug 117 Centimeter. Der Unterleib hatte eine unregelmässige Form; in der rechten Hälfte prominirten über die übrige Oberfläche einzelne wallnuss- bis hühnereigrosse Tumoren, welche sich hart anfühlten und in minder resistente zum Theil deutlich fluctuirende Tumoren von Kindskopfgrösse übergingen; die ganze linke Hälfte hingegen fluctuirte allenthalben sehr deutlich, es konnte nirgends ein Tumor, ähnlich wie rechts beschaffen nachgewiesen werden. Die Unterbauchgegend war prall gespannt, sie liess sich schwer ein- und durchtasten. Die Fluctuation war hier am undeutlichsten. Resistente Partieen von undeutlicher Form konnte man daselbst fühlen. Die Percussion überhalb des ganzen Tumors war leer, in beiden Lendengegenden hingegen war deutlicher Darmton nachweisbar. Die Brüste waren schlaff, hängend, der Warzenhof deutlich pigmentirt und mit einer schön ausgeprägten secundären Schwangerschaftsareola umgeben. Sie enthielten beiderseits nur mässige Mengen colostrumähnlicher Flüssigkeit, Stuhl und Urinsecretion waren normal, ersterer etwas angehalten. Bei der inneren Untersuchung fand man eine weite, schlaffe, faltenlose Scheide, welche reichlich mit Secret bedeckt war. Der Vaginaltheil war

eingerissen, schlaff; der äussere Muttermund weit offen, der innere für den Finger durchgängig; in demselben fühlte man deutlich einen kleinen quer stehenden Kopf ballotiren. Herztöne sowie Kindsbewegungen konnten an keiner Stelle des Bauches gehört oder gefühlt werden, ebenso wenig war ein Uterinalgeräusch nachweisbar. Patientin klagte bei der Aufnahme wie früher auch über Spannen und Schmerzen in der Unterbauchgegend, vorzüglich nach rechts, welche Gegend auch bei stärkerem Drucke empfindlich war. In der Nacht um 3½ Uhr traten die ersten Wehen auf, welche anfangs sehr schwach und durch lange Wehenpausen getrennt waren. Ein Opiumklystier zur Sistirung derselben hatte keinen Erfolg. Eine Stunde später wurden die Wehen häufiger und stärker, der Muttermund eröffnete sich rasch, so dass um 7½ Uhr die kleine Frucht in einer ersten Hinterhauptslage rasch geboren wurde. Die Placenta wird nach 8 Minuten, zum Theil gelöst in der Scheide liegend mit der Hand entfernt. Die Blutung während der Geburt war eine ganz geringe. Das Kind wog 1700 Grm., war 39 Ctm. lang und machte schwache, seltene Athembewegungen und starb schon nach 5 Minuten.

Eine Stunde nach der Geburt befand sich die Wöchnerin ganz wohl und klagte über mässige Schmerzen in der Unterbauchgegend. Der Uterus liess sich während des Kreissens nicht herausfühlen, die Schmerzen während der Wehe wurden links unter dem Nabel angegeben; es scheint daselbst der Uterus hinter der Cyste gelegen zu sein. Der Bauch verlor nach der Geburt nichts von seiner Gestalt, nur war er kleiner. Eine Stunde nach

der Geburt fing Patientin stark über Schmerzen in der Unterbauchgegend zu klagen an, welche rasch sehr intensiv wurden und während welcher die Frau collabirte. Bei hellem Bewusstsein nahm der Collaps rasch zu. Das Gesicht zerfiel ganz auffallend, der Puls wurde sehr frequent, klein, kaum fühlbar; kalter, klebriger Schweiss bedeckte das Gesicht und die Extremitäten, starke Athemnoth mit dem Gefühle des Erstickens stellte sich ein, die Kranke wurde sehr unruhig und trotz energischer Reizmittel wie Kampher, Wein, Moschus starb die Frau 15 Stunden nach der Geburt.

Da die Leiche in die Heimath übergeführt wurde, gestattete der Mann nur die Eröffnung der Bauchhöhle, welche 15 Stunden nach dem Tode vorgenommen wurde. Nach Durchschneidung der Bauchdecken präsentirte sich sofort ein die ganze Bauchhöhle ausfüllender, blauschiefergrauer, fester Tumor, dessen Oberfläche durch kurze, zahlreiche straffe Adhäsionen mit dem Netze fest verbunden war. Nach Durchschneidung derselben zeigte sich die Oberfläche des Tumor nach der rechten Seite zu mit zahlreichen haselnuss- bis hühnereigrossen festen Knollen besetzt, welche in verschieden grosse einzelne Cysten übergingen. Der ganze Tumor wurde nach Lösung zahlreicher, wenig fester Adhäsionen mit seiner Umgebung aus der Bauchhöhle entfernt, wobei sich herausstellte, dass derselbe dem rechten Ovarium angehörte und mit dem Uterus durch einen etwa ½ Zoll breiten, platten, dünnen Stiel zusammenhieng. Der Uterus lag links und zum grössten Theil hinter der Cyste; er war fest contrahirt, ganz normal beschaffen. Seine Höhle enthielt etwas geronnenes Blut. Das linke Ovarium

war ebenfalls etwas vergrössert, sonst ganz normal. Ebenso ergab die Untersuchung der übrigen Organe des Bauches normale Verhältnisse. — Der Tumor erwies sich bei Eröffnung desselben als ein Cystoid des Ovarium, das aus zahlreichen verschieden gestalteten, mit verschieden consistentem und verschieden gefärbtem Inhalte gefüllten Cysten zusammengesetzt war, wovon eine nach links zu die Grösse eines Kindskopfes erreichte und mit einem schleimig serösen mit Flocken und Fetzen durchsetzten, bernsteingelben Inhalte gefüllt war. Die Dicke der einzelnen Cystenwandungen war sehr verschieden, von auffallender Dünne derselben, welche ein Durchscheinen des Inhaltes gestattete, bis zur 3 bis 4 Linien dicken, sehnigen fast knorpelharten Wandung waren alle möglichen Uebergänge vorhanden. In den einzelnen Wandungen fanden sich viele kleine, mit demselben Inhalte gefüllte Cysten vor.

Für den raschen Collaps der Patientin eine Stunde nach der überaus leichten, mit geringem Blutverlust einhergehenden Geburt konnte weder in dem Befinden vor der Geburt, noch durch die partielle Section irgend eine Erklärung beigebracht werden. Der Kräftezustand der Frau wur ein verhältnissmässig guter, abgesehen von den Beschwerden, welche die starke Ausdehnung des Unterleibs mit sich führte. Am meisten hatte der Zustand Aehnlichkeit mit einer Embolie der Lungenarterie. Der locale Befund der Gefässe in- und ausserhalb des Uterus sprach nicht für die Annahme, so dass bei dem Umstande, dass die Section eine unvollständige war, eine bestimmte Erklärung für das Zustandekommen des Collapses wohl nicht gegeben werden kann. Der

Eintritt der frühzeitigen Geburt wird wohl durch die Fahrt zu Wagen in die Klinik beschleunigt worden sein, welche 3 Stunden in Anspruch nahm, obschon dieselbe so schonend als thunlich vor sich ging.

Zweiter Fall.

K. M., 25 Jahre alt, aus Mühlbach in Siebenbürgen geboren, wurde am 11. Januar 1876 in die Klinik aufgenommen.

Die Patientin stammt aus einer gesunden Familie und war selbst auch angeblich stets gesund. Im 14. Jahre trat die Periode ein, sie war stets regelmässig, nur etwas profus. Im 18. Jahre heirathete Patientin und hat 5 Mal geboren. Die ersten Geburten dauerten lange, die letzen zwei gingen rascher von Statten, die Kinder waren kräftig und kamen lebend. Seit ihrer letzten Geburt im Jahre 1874 blieb ein grosser Unterleib zurück, in welchem Patientin hart unter dem Nabel eine Geschwulst zuerst gefühlt haben will, welche sich fest und höckrig anfühlte. Ueber das Wachsthum der Geschwulst weiss die Kranke nichts anzugeben, nur dass dasselbe mit Ausnahme eines Gefühles von Spannung fast schmerzlos war. Am 26. Mai 1875 war zum letzten Male die Menstruation eingetreten, seit dieser Zeit rechnet Patientin ihre Schwangerschaft. Anfangs verlief dieselbe gut, erst im November stellten sich Druck und Spannung besonders in der Oberbauchgegend ein. In der Mitte Dezember steigerten sich die Beschwerden wegen der grossen Ausdehnung des Bauches so bedeutend, dass Patientin das Bett hüten musste. Am 11. Januar kam sie in die Anstalt, um ihr Wochen-

bett daselbst abzuhalten. Anfangs war das Befinden in der Anstalt noch leidlich, bald aber nahmen die Beschwerden, im Verein mit einer besonders im Liegen auftretenden starken Dyspnoe so bedeutend zu, dass Patientin in keiner Lage Ruhe und Erholung finden konnte, wesshalb Herr Professor Säxinger die Einleitung der künstlichen Frühgeburt beschloss, welche auch am 24. Januar durch Einlegung eines elastischen Katheters in den offenen inneren Muttermund angeregt wurde. Die Frau war mager, sehr alt und schlecht aussehend, jedoch fieberlos. Der Unterleib war bedeutend ausgedehnt und mass 110 Centim. im Umfang. Die Unterbauchgegend, noch mehr die Füsse und die äusseren Geschlechtstheile waren enorm ödematös geschwollen. Die Brustorgane waren normal, das Zwerchfell stand in der Höhe der vierten Rippe beiderseits. Die Haut des Bauches war glänzend und sehr gespannt, dünn, weiss, mit zahlreichen alten und vielen frischen Schwangerschaftsnarben bedeckt. Mit Ausnahme der zwischen Rippenbogen und Nabel befindlichen Partie des Bauches war allenthalben sehr deutliche Fluctuation vorhanden; an der ersteren Stelle fühlte man mehrere verschieden grosse feste Höcker, welche bei Berührung schmerzhaft waren und ohne deutliche Grenze in den grossen fluctuirenden Tumor übergingen. Die Bauchdecken waren sehr schwer eindrückbar, es liessen sich in dem Tumor nirgends Theile des Kindskörpers oder dieser selbst durchtasten, ebensowenig waren Herztöne der Frucht und Uterinalgeräusch zu hören. Nach rechts war die Geschwulst hart, fester, weniger deutlich fluctuirend und nach oben in der Höhe des Rippenbogens und seitlich bis gegen

den Nabel zu durch eine seichte Furche von der grossen weichen, deutlich fluctuirenden Geschwulst geschieden. In den Lendengegenden war deutlicher Darmton. Die Brüste waren welk, schlaff, hängend, zeigten eine schöne secundäre Schwangerschaftsareola und enthielten wenig Colostrum.

Das Becken war gut gebaut, seine Masse betrugen: Spinae 25 Ctm, Cristae 28, Trochanteren 29, Peripherie 85, Conjugata externa 20. Stuhl und Harnabsonderung waren normal, der Harn enthielt kein Eiweiss. Die Scheide war weit, schlaff, faltenlos, mit reichlichem Secret bedeckt; der Vaginaltheil stand ganz nach hinten und rechts. Der äussere Muttermund war beiderseits stark eingerissen, der innere bequem für zwei Finger durchführbar; in demselben lag der Kopf quer, im Eingang stehend, leicht ballotirend. Das Becken weist sich auch bei der inneren Untersuchung als sehr geräumig. Von der Geschwulst war im Becken nichts zu tasten, die Fluctuation konnte man jedoch auch unter der Schamfuge, im vorderen Scheidengewölbe nachweisen. Die Untersuchung per rectum ergab nichts wesentliches. Da es nicht möglich war, den Uterus von der Geschwulst heraus- und abzutasten, so wurde der Verdacht eines Hydramnion rege, welcher jedoch wegen der in der Oberbauchgegend deutlich fühlbaren zahlreichen kleineren Tumoren, sowie wegen des, der grossen Geschwulst nach aussen anliegenden kleineren Tumors nicht gerechtfertigt erschien. Die hochgradigen Beschwerden, welche der Frau keine Ruhe bei Tag und Nacht ermöglichten, sowie die Anfälle von Athemnoth und Erstickung liessen die Unterbrechung der Schwan-

gerschaft völlig berechtigt erscheinen. Das weite geräumige Becken, der vorliegende im Eingang stehende Kopf gestatteten ferner im Verein mit dem noch hinreichenden Kräftezustande der Frau eine gute Prognose bezüglich des Verlaufes und Ausganges der Geburt.

Am 24. Januar wurde nach Rechnung der Frau in der 34. Woche der Schwangerschaft die Frühgeburt eingeleitet. Um 11 Uhr Vormittags legte Herr Prof. Säxinger einen elastischen Katheter etwa 6 Zoll hoch überhalb des inneren Muttermundes seitlich in den Uterus ein. Da einige Zeit darauf keine Wehen eintraten, so sprengte Herr Professor Säxinger sofort die Blase. Es gingen 860 grm. Fruchtwässer ab, der Kopf trat sofort tiefer, während der Muttermund sich bis zu Guldenstückgrösse erweiterte. In demselben lag die grosse Fontanelle in der Mitte, die Pfeilnaht verlief nach rechts und hinten. Nach Abfluss der Fruchtwässer änderte sich die Form des Bauches insofern, als nach rechts und hinten, neben der grossen fluctuirenden Geschwulst jetzt deutlich eine zweite platte, nicht fluctuirende, feste, durch eine tiefe Furche seitlich und nach oben abgegränzte zweite Geschwulst wahrgenommen wurde, in welcher man nach Abwärts und Aussen jetzt deutlich ein Uterinalgeräusch hören konnte. Es liess sich dieselbe als ovoider Tumor von Form und Grösse eines hochschwangeren Uterus heraustasten, welcher Lage auch der seitlich und stark nach hinten und rechts gelagerte Vaginaltheil entsprach. Es war jetzt keinem Zweifel mehr unterworfen, dass man es hier mit Schwangerschaft complicirt mit einem sehr grossen Ovarialtumor zu thun hatte. 12 Stunden nach Abfluss der Frucht-

wässer waren noch keine Wehen eingetreten, wesshalb in dieser Zeit wiederholt Injectionen von lauem Wasser in die Scheide vorgenommen wurden, welche aber ebenfalls keine Wehen hervorriefen. Der Zustand der Frau war gut, Puls 84, Temperatur in der Vagina 37,5. Genau 24 Stunden nach Abfluss der Wässer traten die ersten Wehen ein, welche Anfangs sehr schwach und kurz dauernd waren und selten kamen. Allmählig wurden dieselben häufiger, stärker und länger dauernd, so dass 30 Stunden nach Abfluss der Fruchtwässer das Kind in einer zweiten Hinterhautslage lebend geboren wurde. Die Nachgeburt folgte rasch von selbst, die Blutung bei der Geburt war sehr gering. Während der Wehe grenzte sich der contrahirte Uterus sehr deutlich von der Cystengeschwulst ab, die Herztöne waren nach rechts und unterhalb des Nabels zu hören. Die äusseren Geschlechtstheile schwollen während des Kreisens so enorm an, dass sie die Grösse eines kleinen Mannskopfes erreichten. Trotz der Anschwellung trat der Kopf leicht und rasch heraus, ohne dass ein Dammriss zu Stande kam. Das Befinden der Mutter war unmittelbar nach der Geburt gut, Puls 92, Temperatur 38,0. Das Kind kam leicht scheintodt, wurde aber rasch wiederbelebt und schrie mit sehr kräftiger Stimme. Die Peripherie des Bauches unmittelbar nach der Geburt gemessen betrug 104 Centimeter, also nur 6 Cm. weniger, als vor derselben, was wohl durch die grössere Ausdehnung der Gedärme veranlasst wurde. Das Kind wog 2200 grm., es war 45 Cm. lang. Seine Kopfdurchmesser waren: Der vordere Quere 5 Cm., Hinterer 8, Gerader 10, Schräger 12, die Peripherie 38.

Das Wochenbett verlief für Mutter und Kind völlig normal. Am 3. Tage trat die Milch in mässiger Menge ein, Fieber war zu keiner Zeit vorhanden, die Temperaturen wurden sorgfältig gemessen, da ich den Fall als Examensfall zu beobachten hatte. Das Oedem der vorderen Bauchhaut, sowie das der Füsse nahm rasch ab, hingegen resorbirte sich das enorme Oedem der Geschlechtstheile erst nach anhaltender leichter Compression derselben mit einer Taubinde. Die Cyste lag im Wochenbett völlig median im Bauche, war noch so deutlich fluctuirend und zu jeder Zeit des Puerperiums schmerzlos beim Betasten. Am 13. Tage nach der Geburt fühlte Patientin Morgens beim Erwachen etwas spontanen Schmerz rechts oben in der Cyste, verheimlichte ihn aber bei der Morgenvisite, um die Erlaubniss zum Aufstehen auf kurze Zeit zu erhalten. Bemerkt muss noch werden, dass auch schon während des Liegens im Bette eine zweckmässige Bauchbinde der Frau angelegt wurde, damit der grosse schwere Leib Unterstützung hätte und die Bewegungen im Bette leichter möglich wären. Patientin stand trotz der Schmerzen auf und setzte sich eine halbe Stunde in einen Lehnstuhl, welcher unmittelbar neben dem Bette stand. Abends waren die Schmerzen in der Cyste stärker und auf die ganze obere Hälfte derselben ausgedehnt. In der Nacht fieng Patientin zu fiebern an und hatte am 6. Februar Morgens 39,8 Temperatur und 120 Pulse. Von diesem Tage an bis zum Tode klagte Patientin continuirlich über heftige Schmerzen in der ganzen Geschwulst, welche spontan auftraten und bei Druck sehr gesteigert wurden. Der Percussionston war in den abhängigen Partieen stets

hell, voll; ebenso hatte der Bauch während der ganzen Krankheit seine Grösse und Form nicht verloren. Das Fieber war Morgens 38,5 Abends 39,2 bis 39,6. Am 9. Februar traten in Folge des unterdessen bedeutend gewordenen Meteorismus grosse Athemnoth und Erstickungsanfälle ein, wesshalb Herr Professor Säxinger Abends 8 Uhr die Cyste mit einem kleinen Troicart in der Linea alba unterhalb des Nabels punctirte und vermittelst Aspiration 2800 Cubctm. dickflüssiger, colloider gelbbraun gefärbter Flüssigkeit entleerte. Unter dem Microscop zeigte die Flüssigkeit Blut- und Eiterkörperchen, Colloidkugeln und Cholestearinkrystalle. Nach der theilweisen Entleerung der Cyste fühlte sich die Patientin erleichtert, das Athmen wurde freier, die Erstickungsanfälle blieben aus. Das Fieber liess in den letzten Tagen nach, die Temperatur erreichte Abends nur 38° und gieng am 12. Februar Morgens auf 36,5 Abends 36,8, am 13. Febr. Morgens 36, Abend 36 herunter. Der Kräftezustand wurde immer schlechter, trotz kräftiger Reizmittel: Moschus, Champagner, Portwein und kräftiger flüssiger Nahrung, so dass nach langem Todeskampfe am 14. Februar Nachts 2 Uhr der Tod eintrat.

Die 9 Stunden nach dem Tode von Herrn Professor Schüppel vorgenommene Section ergab:

Die Leiche ist im Ganzen dürftig genährt, namentlich wenig musculös. An den Schenkeln noch leidlich fettreich. Die Haut ist schmutzig bräunlich gefärbt, mit blassen, lividen Todtenflecken. Die Musculatur ist blass, braunroth, dürftig entwickelt. Starke Starre, keine Oedeme. Das Gesicht ist blauroth gefärbt.

In der Bauchhöhle sind gegen 12—15 Liter einer

schmutzig braunen, trüben, mit eitrig fibrinösen Flocken vermengten fadenziehenden Flüssigkeit vorhanden. Das Zwerchfell steht rechts im zweiten Intercostalraume ebenso links. Die Leber ist dem entsprechend nach oben gezogen. Der Quergrimmdarm ist sehr stark meteoristisch aufgetrieben. Dasselbe gilt von den Dünndärmen. Der untere Theil der Bauchhöhle wird erfüllt durch eine schlaffe, aus dem Becken heraufgestiegene complexe Cystengeschwulst, welche an ihrem rechten Umfange etwa handbreit unter dem rechten Rippenbogen eingerissen ist und aus welcher sich jetzt noch eine sehr zähe, colloidartige, braune Flüssigkeit in ziemlich reichlicher Menge entleert. Die Oeffnung in der Cyste ist gerissen, nimmt den Finger auf und scheint bereits längere Zeit bestanden zu haben, wie aus der fibrinösen Belegmasse hervorgeht, die an ihrem Rande angehäuft ist. Das Gewebe an dem Risse ist erweicht und entzündlich infiltrirt. Die Oberfläche der Cystengeschwulst, der untere Theil von Bauch und kleinem Becken sind bedeckt, resp. erfüllt mit stark ödematösen Fibringerinnseln, die in der Gesammtmenge von mindestens $^1/_2$ Liter vorhanden sind.

Das grosse Netz ist an einer Stelle etwas unterhalb der erwähnten Einrissstelle fest mit dem Cystentumor verwachsen.

Die rechte Pleurahöhle ist frei von Flüssigkeit, die Lunge nirgends verwachsen, sehr klein. Der obere und mittlere Lappen sind lufthaltig, ziemlich blutreich. In der Spitze des oberen Lappens ist ein erbsengrosser käsiger Heerd von fester narbiger Consistenz. Die Pleura darüber ist narbig verdickt. In der Nähe einige

kleinere ähnliche Heerde. Der untere Lappen enthält nur nach oben zu etwas lufthaltiges Gewebe. Im Uebrigen ist er comprimirt, luftleer aber noch bluthaltig. Die Bronchialschleimhaut ist geröthet, nicht geschwollen, mit spärlichem Schleim überzogen. In den Bronchialdrüsen alte Käseheerde, zum Theil verkalkt. Die linke Lunge ist frei, die Pleurahöhle leer. Die untere Hälfte des unteren Lappens ist bis zur Luftleere comprimirt, noch bluthaltig. Die übrige Lunge ist lufthaltig, die vorderen Partien blutarm. Die Bronchialschleimhaut ist weniger roth als rechts, gleich dieser ohne besondere Abnormität.

Der Herzbeutel normal. Auf dem Herzen einige Sehnenflecke. - Das Herz ist klein, der rechte Ventrikel ungewöhnlich schlaff. Die Herzhöhlen sind leer. Sämmtliche Klappen normal. Ebenso die grossen Gefässe. Das Herzfleisch ist blass, derb. In der Wand des linken Ventricels eine kleine frische hämorrhagische Infiltration. Die Leber ist normal gross, schlaff, sehr blutarm, weich und brüchig, blass braungrau, nicht deutlich fettig. In der Gallenblase dicke dunkle Galle. Die Milz ist mit ihrer Umgebung fest verwachsen. Ihre Kapsel ist stark getrübt, fibrös verdickt. Ihr Gewebe derb, blutarm, von graurother Beschaffenheit. Pancreas ungewöhnlich fest, von normalen Dimensionen und weissgelber Farbe. Die linke Niere ist normal gross, sehr blutarm. Die Kapsel etwas fester aufsitzend, die Rinde nicht angeschwollen, von braungrauer Farbe; Pyramiden blutarm. Das Organ etwas schlaff, sonst von guter Consistenz. Die rechte Niere ist kleiner. Ihr Nierenbecken ein wenig erweitert. Die Nieren-

oberfläche ist grob höckrig mit sehr zahlreichen narbigen Einziehungen, die sich wie Infarctnarben ausnehmen. Die Rinde ist hier vielfach auf weniger als die Hälfte geschrumpft; die Pyramiden blässer, in strahlige Narben ausgehend. Im Magen finden sich dunkelbraungrüne Schleimmassen. Die Schleimhaut blass, mit zähem Schleim und stecknadelkopfgrossen flachen Vertiefungen, deren Grund blassgrau gefärbt ist. Der untere Theil des Dünndarms ist fast leer, seine Schleimhaut normal, theils fleckig roth, theils blass. Die oberen Dünndarmpartieen sind mehr weniger meteoristisch ausgedehnt; die Schleimhaut ist im Allgemeinen blass, nicht erheblich geschwollen. Die Serosa des Darmes und Bauches ist an den meisten Stellen schwach rauh, streckenweise stärker injicirt, hie und da mit faserstoffigen Massen erfüllt, die zum Theil mit frisch ergossenem Blute vermengt sind. Im Anfangstheile des Dickdarmes reichliche Faeces; Quergrimmdarm leer, Schleimhaut ohne besondere Abnormität.

Die Cystengeschwulst gehört dem linken Ovarium an, und besitzt, nachdem mehrere der grösseren, oberflächlich gelegenen Cysten eingerissen sind, immer noch eine Breite von reichlich 1 Fuss. Sie ist an ihrer Oberfläche grob höckrig und setzt sich aus einer grossen Anzahl von Hohlräumen zusammen, die sämmtlich mit einer bräunlichen, dickschleimigen Flüssigkeit gefüllt sind. In die Wandung der Cyste sind wenig umfängliche Blutungen erfolgt. Die grösseren, etwa faustgrossen Cystenräume tragen in ihrer Wand wieder zahlreiche kleinere kirschen- bis erbsengrosse Cysten. Der Tumor sitzt an einem ziemlich lang gezogenen Stiele.

Das rechte Ovarium ist normal, ebenso die Tuben. Der Uterus ist 9 Centim. lang, 7 breit, reichlich 2 dick. In seiner Höhle sind spärliche, schmutzig rothbraune, breiige Gewebstrümmer. Das Gewebe des Uterus ist etwas welk, weissgelb, blass, ohne jede besondere Abnormität.

Wenn wir einige wenige epikritische Bemerkungen dem Falle zufügen, so müssen wir vor allem bemerken, dass die Frühgeburt mit einem für Mutter und Kind günstigen Resultate einherging, und auch in den ersten 13 Tagen des Wochenbetts durchaus keine Störung sich einstellte, so dass volle und berechtigte Hoffnung vorhanden war, die Frau werde sich allmählig erholen, worauf dann die radicale Kur der Cyste als Ovariotomie hätte folgen können. Was die durch die Section nachgewiesene Berstung des Cystensackes anbelangt, so kann dieselbe bei der sorgfältigen Beobachtung des Falles während des Lebens nur in der letzten Zeit der Krankheit und nur in der Weise erfolgt sein, dass in Folge einer, in der ohnehin dünnen Cystenwand auftretenden Entzündung es zum Schlusse zu einer Ruptur und theilweisen Entleerung des flüssigen Inhaltes in die Bauchhöhle kam. 4 Tage vor dem Tode der Patientin musste wegen der bedeutenden Athemnoth und der Erstickungsanfälle die Punction der Cyste vorgenommen werden, bei welcher 2800 Cbctm. Flüssigkeit entleert wurden. Es wäre möglich, dass es dann trotz der Entleerung der Cyste und der damit nothwendig verbundenen Abnahme der Spannung der Cystenwand, in Folge der Entzündung zu einer anfangs kleinen Ruptur der Cyste kam, mit allmäligem Heraussickern des Cysteninhaltes in die

Bauchhöhle, um so mehr als in den letzten 24 Stunden eine Untersuchumg der Patientin wegen des hochgradigen Schwächezustandes nicht mehr vorgenommen wurde. Wir hatten es hier mit einer, durch Entzündung der Cystenwand secundär herbeigeführten Ruptur der Cyste zu thun, welche Ruptur seltener ist, als die spontane während der Schwangerschaft und noch häufiger während der Geburt in Folge des Verarbeitens der Wehen durch die Bauchpresse auftretende, bei welcher sich durch das rasche Entleeren des flüssigen Inhaltes in die Bauchhöhle die Form des Bauches so plötzlich verändert, dass ein Verkennen dieses Zustandes nicht wohl möglich ist. Die Ursache der Entzündung der Cystenwand ist nicht nachweisbar gewesen, mit einer puerperalen Erkrankung stand sie nicht im Zusammenhange, da bei der Section keine Spur einer solchen vorhanden war. Dass diese, so spät im Wochenbette und ohne nachweisbare Ursache auftretende Entzündung der Cystenwand nicht vorhergesehen und also durch eine Punction, mit völliger Entleerung der Cyste hätte etwa verhütet werden können, ist selbstverständlich.

Immerhin sind die beiden mitgetheilten Fälle von Interesse, wegen des Verlaufes im Wochenbette, welcher in keinem von beiden Fällen durch eine nachweisbare Ursache hätte einfach erklärt werden können. Sie lehren, dass selbst das normale Wochenbett, complicirt mit einer grossen Ovarialcyste noch grosse Gefahren für die Frau einschliesst, so dass auch in dieser Zeit die Prognose stets nur mit grosser Reserve zu stellen und die Complicationen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit grossen Ovarialcysten zu den gefähr-

lichsten Complicationen zu rechnen ist, bei welcher trotz der so verschiedenen Hülfeleistung ein grosser Theil der Mütter und Kinder ihr Leben einbüssen.

Das Kind wurde gut genährt in die Heimath geschickt.